

Tezy do dyskusji na forum Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich

Wraz z rozwojem cywilizacji zwiększają się potrzeby rehabilitacyjne chorych przewlekłe oraz osób z niepełnosprawnościami, będącymi następstwem urazów i radykalnego leczenia chorób nowotworowych. Prognozy demograficzne wskazują, iż zwiększy się liczba osób ze zmianami przecięśniowo-zwyrodnieniowymi układu ruchu, jak i inwolucyjnymi w zakresie innych układów w związku ze starzeniem się społeczeństwa wynikającym ze zwiększania się średniej długości życia i zmniejszenia liczby urodzeń. Coraz większe są oczekiwania pacjentów w stosunku do narodowego systemu opieki zdrowotnej. Miejsce i rola rehabilitacji medycznej, jako niezależnej dyscypliny medycyny - podstawowej specjalizacji lekarskiej są wciąż niedoceniane. W imieniu środowiska lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej zgłaszam do dyskusji poniższe zagadnienia:

1. Rehabilitacja medyczna, jako samodzielna dziedzina medycyny.

Rehabilitacja medyczna zajmuje się całokształtem opieki medycznej wraz z aspektami psychologiczno-społecznymi chorych po urazach, z niepełnosprawnościami oraz przewlekłymi chorobami. Jej celem jest przywrócenie możliwości funkcjonowania w społeczeństwie w jak największym, możliwym do uzyskania zakresie.

W czasie sześcioletnich studiów medycznych oraz pięcioletnich specjalizacyjnych lekarz nabywa umiejętności i uzyskuje kwalifikacje do sprawowania kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem oraz kierowania dynamicznym zespołem rehabilitacyjnym, składającym się z przedstawicieli profesji medycznych oraz pozamedycznych (np. pedagogzy), których wiedza i umiejętności są na danym etapie niezbędne w realizacji procesu rehabilitacji. Ze względu na specyfikę wielokierunkowych potrzeb pacjenta i stosowanych środków terapeutycznych, rehabilitacja medyczna została wyodrębniona, jako podstawowa specjalizacja lekarska w prawie wszystkich krajach Unii Europejskiej. Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej mają swoje gremium w Europejskiej Unii Specjalistów Medycznych: UEMS PRM Section and Board.

Interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny ma do dyspozycji szereg środków terapeutycznych, m.in. farmakologicznych, fizjoterapeutycznych, logopedycznych, psychologicznych. Ocena obciążenia psychofizycznego związanego z całością działań leczniczych, ustalenie hierarchii ważności potrzeb chorego, ustalenie okresów obiektywizacji oraz oceny uzyskiwanej poprawy klinicznej i funkcjonalnej, a także ustalenie prognozy końcowego stanu funkcjonalnego należą do zakresu kompetencji lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej.

Program specjalizacji w zakresie rehabilitacji medycznej, zapewnia możliwość optymalizacji wykorzystania środków przeznaczanych na świadczenia zdrowotne w tym zakresie. Specjalista w tej dziedzinie posiada wiedzę i umiejętności zapewniające dokonanie prawidłowej oceny zdolności organizmu (w danym stanie zdrowia chorego, często z licznymi chorobami współistniejącymi) do wytworzenia oczekiwanej odpowiedzi na stosowane bodźcowe leczenie środkami terapii fizycznej i kinezyterapii oraz oceny tolerancji wysiłku fizycznego. Praktyczna znajomość metod leczniczych, na tym poziomie, nie jest dostępna lekarzom innych specjalności. Należy podkreślić, iż umiejętność przewidywania, czy oczekiwana reakcja nie przekracza możliwości organizmu w danym stanie funkcjonalnym jest podstawą zapewnienia choremu bezpieczeństwa. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej jest przygotowany do współpracy ze specjalistami w innych dziedzinach medycyny i do podejmowania decyzji w trybie konsyliarnym.

2. **Nieprawidłowe nazewnictwo w dokumentach UE.**

Rehabilitacja medyczna nie jest jednoznacznie rozpoznawana przez przedstawicieli zawodów medycznych i pozamedycznych. Na niekorzyść obydwu środowisk zawodowych rehabilitacji i fizjoterapii nazwa „fizjoterapia” jest stosowana w licznych przepisach dotyczących kwalifikacji zawodowych lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, m.in. w dyrektywie 2001/19/WE oraz pokrewnych wskazujących na uznawanie kwalifikacji zawodowych wymiennie z „rehabilitacją medyczną”.

3. **Wskazanie problemów i zagrożeń praktyki lekarskiej lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, a w związku z tym potencjalne pogorszenie jakości opieki nad pacjentem.**

W związku z niejednoznacznym nazewnictwem lekarzy rehabilitacji i fizjoterapeutów oraz brakiem ustawy o zawodzie fizjoterapeuty w Polsce, ta grupa zawodowa wyraża silne dążenia do przejęcia całokształtu opieki nad pacjentem wymagającym rehabilitacji. Jednakże fizjoterapeuci nie są przygotowani oraz nie mają uprawnień do stawiania diagnozy medycznej, w szczególności rozpoznawania i leczenia chorób mogących mieć istotne znaczenie dla modyfikacji postępowania rehabilitacyjnego. Ponadto nie mają uprawnień, do zalecania farmakoterapii, kierowania na badania diagnostyczne, niezbędne konsultacje lekarskie. Nie są uprawnieni do opiniowania o stanie zdrowia pacjenta, w szczególności w celach urzędowych. Ze względu na inny kierunek wykształcenia fizjoterapeutów, nie są i nie będą oni przygotowani do pełnienia tych zadań w trakcie opieki nad pacjentem.

Ponadto fizjoterapeuci nie mają obowiązku ubezpieczenia cywilnego w związku z błędami w sztuce, w szczególności za błędną lub opóźnioną diagnozę medyczną oraz zastosowanie nieodpowiedniej terapii. Dotychczas odpowiedzialność za wdrożone przez fizjoterapeutów formy terapii spoczywa na lekarzu kierującym chorego do fizjoterapeuty. Uznanie prawa fizjoterapeutów do zlecenia fizjoterapii oraz farmakoterapii, zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych jest niemożliwe w obecnym stanie prawnym.

Istotnym problemem jest także utrudniony dostęp do lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej i często brak możliwości zasięgnięcia jego opinii w przypadku skierowania pacjentów na rehabilitację po ostrych zachorowaniach oraz ograniczenie możliwości lekarzy specjalistów rehabilitacji do diagnostyki poprzez niedofinansowanie świadczeń.

4. **Potrzeba określenia zasad współpracy członków interdyscyplinarnych zespołów medycznych i wzajemnego poszanowania kompetencji.**

Ze względu na szeroko rozumiane dobro pacjenta podkreślić należy konieczność upowszechnienia konsultacji lekarskich przy wdrażaniu rehabilitacji na innych oddziałach szpitalnych, np. kardiologicznych, ortopedycznych, neurologicznych, w celu ustalania programu usprawniania w stanach ostrych. Lekarz rehabilitacji ma niezbędne umiejętności i kwalifikacje do oceny stanu klinicznego pacjenta, przejęcia nad nim opieki w stabilnym stanie, modyfikacji leczenia podstawowego w trakcie intensywnego usprawniania ruchowego oraz rozpoznania zagrożeń i chorób współistniejących. Lekarz rehabilitacji w trakcie szkolenia specjalizacyjnego uzyskuje odpowiednie kompetencje do oceny obciążenia psychofizycznego związanego z całością działań leczniczych i kierowania zespołem rehabilitacyjnym, zgodnie z zalecaną przez WHO (1970) Polską Szkołą Rehabilitacji.